

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 105

De l'ouverture spontanée dans la Vessie

DES

ABCÈS PELVIENS TUBERCULEUX

D'ORIGINE GÉNITALE, CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 7 Avril 1908

PAR

CHARLES VOLLE

Né à Chalon-sur-Saône, le 16 mars 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

44, rue Bellecordière, 44

—
1908

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1907-1908. — N° 105

De l'ouverture spontanée dans la Vessie

DES

ABCÈS PELVIENS TUBERCULEUX

D'ORIGINE GÉNITALE, CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

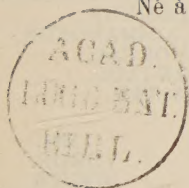
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

E soutenne publiquement le 7 Avril 1908

PAR

CHARLES VOLLE

Né à Chalon-sur-Saône, le 16 mars 1873



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET Cie

14, rue Bellecordière, 14

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT.	ASSESEUR.
LORTET.	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		TEISSIER
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.....		X
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....		COLLET.
Médecine légale.....		TRIPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND—	—
Hygiène administrative.....	LESIEUR,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAI..	TIXIER.	PATEL.	VORON.
PAVIOT.	REGAUD.	J. LEPINE.	NOGIER.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.).	GAYET.	MARTIN (Et.).*	LATARJET Ch....
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON	
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON (A), Président ; M. GAYET, Assesseur ;
MM. LÉPINE (J.) et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MA CHÈRE FEMME



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
AUGUSTE POLLOSSON

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
J. LÉPINE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
LAROYENNE

A TOUS MES AMIS

Pendant les derniers mois de nos études, nous avons fréquenté la clinique gynécologique de M. le professeur Aug. Pollosson. Nous y avons toujours trouvé l'accueil le plus bienveillant de la part du Maître à qui nous sommes respectueusement reconnaissant d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

A ses côtés, nous avons rencontré un excellent ami déjà de vieille date, le docteur Violet, moniteur à la clinique, qui nous a indiqué le sujet de notre travail. Il sait combien nous lui sommes attaché et combien nous sommes sensible à ses nombreuses marques d'amitié.

Deux jeunes maîtres de la Faculté nous sont particulièrement chers : le professeur agrégé Lépine, dont la grande bonté à notre égard nous a vivement touché, et M. le professeur agrégé Laroyenne qui nous prouve une fois de plus sa sympathie en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Nous emportons un excellent souvenir de M. le docteur Plauchu, accoucheur des hôpitaux, qui nous

a toujours ouvert son service d'accouchements de la Croix-Rousse, et prodigué ses bonnes leçons.

Nous n'aurions garde d'oublier ici un excellent praticien de notre Bourgogne, M. le docteur Bouley, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Beaune, qui ne nous a jamais ménagé son haut appui moral, ses excellents conseils et dans les heures sombres, ses soins les plus dévoués.

A tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux nous adressons de sincères remerciements.

Merci également à M. Chalier, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous aider dans nos recherches bibliographiques, peu fructueuses il est vrai, mais qui n'en ont pas moins été longues et pénibles.

CHAPITRE PREMIER

La tuberculose annexielle, affection qui, jusqu'à ces dernières années, a passé pour assez rare, et est encore assez mal connue en elle-même, n'a donné naissance, en France du moins, à aucun travail sur ses complications, ou plutôt sur son mode d'évolution quand elle est abandonnée à elle-même.

Or, on connaît pour les annexites ordinaires, la fréquence des évacuations d'abcès à l'extérieur, se faisant soit à la peau, soit dans le rectum, soit dans le vagin, soit enfin dans la vessie.

Ce processus, d'ailleurs, constitue, dans quelques cas, un danger, mais il est aussi, le plus souvent, un mode de guérison spontanée.

Il est général à toutes les collections pelviennes suppurées, d'où qu'elles viennent, qu'il s'agisse de pyosalpinx gonococciques ou puerpéraux, d'appendicites pelviennes, d'hématocèles suppurées, de phlegmons du ligament large, d'abcès froids ossifluents, etc., etc.

Mais, dans la grande majorité des cas, ces péritonites, ces abcès pelviens, d'origines si diverses, s'ouvrent dans le rectum; plus rarement ils se font jour à la peau, dans le vagin, ou dans la vessie.

Suivant une statistique, déjà ancienne, de Pierre Delbet, 12, 22 pour 100 des collections pelviennes chez la femme s'évacuent spontanément par le rectum, tandis que la proportion serait de 5,22 pour 100 pour les ouvertures vésicales, de 4,59 pour 100 pour les perforations vaginales et de 3,22 pour 100 pour les évacuations cutanées.

Nous ne retiendrons ici que les ouvertures spontanées dans la vessie, et nous voyons, d'après les chiffres donnés par Pierre Delbet, qu'il s'agit là d'un mode d'évolution en somme assez rare des abcès pelviens vers l'extérieur.

Ce point particulier de la pathologie féminine, à peine ébauché dans les traités de gynécologie, a fait l'objet dans ces dernières années de plusieurs travaux dont les principaux sont ceux de Perrimond (*Des abcès pelviens ouverts spontanément dans la vessie chez la femme*. Thèse de Lyon, 1897); de Fauverghe (*Des pyo-salpinx ouverts spontanément dans la vessie* Thèse de Lille 1902); et enfin de Gras (*Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme*. Thèse de Paris 1905).

Ce dernier ouvrage notamment, constitue une excellente monographie; par les nombreuses observations qui y sont relatées (elles sont au nombre de

85), il montre que les collections pelviennes suppurées, ouvertes d'une façon spontanée dans la vessie, sont moins rares qu'on ne le croit généralement.

Or, si l'on analyse ces diverses observations au point de vue de la nature de l'abcès pelvien qui s'est fait jour dans la vessie, on est immédiatement frappé par l'absence complète des cas où la tuberculose des annexes entre en cause. Gras signale bien dans son Obs. XXI, l'histoire d'une malade de Bristowe, où, dit-il, l'abcès pelvien s'est ouvert dans la vessie et dans le vagin. Mais, en réalité, comme nous avons pu nous en rendre compte dans le texte original lui-même, l'observation de Bristowe (*Lancet*, 1883, t. II, p. 89, cas I) est un exemple d'abcès pelvien ouvert dans le vagin et dans le rectum et nullement dans la vessie.

Beuvignon (Nancy) et Cazeneuve (Montpellier), dans leurs thèses, signalent comme complication possible de la tuberculose tubaire, l'ouverture des poches suppurées dans la vessie. Mais ils n'en font qu'une simple mention et ne donnent à ce sujet aucune indication bibliographique.

Nous possédons, cependant, trois observations authentiques — et c'est ce qui nous a décidé à faire ce travail — d'ouvertures vésicales d'abcès tuberculeux, d'origine tubaire. Elles ont été recueillies dans le service de notre maître, M. le professeur Aug. Pollosson, et elles vont servir de base au développement des idées qui vont suivre.

Munis de documents aussi restreints, nous allons essayer, cependant, d'envisager les caractères ana-

tomiques et cliniques de la perforation vésicale au cours de la tuberculose des annexes. Nous verrons quel est le mécanisme d'une telle lésion et quel devra en être le traitement.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique et mécanisme

Anatomiquement, il importe de préciser :

- 1^o Les caractères généraux du pelvis et des organes génitaux au cours de la tuberculose annexielle.
- 2^o Les caractères de la perforation vésicale.

Nous établirons ensuite quel est le mode de production de cette perforation.

Le plus souvent, au cours d'une opération ou d'une autopsie d'une malade atteinte de tuberculose utéro-annexielle, on est frappé, dès l'incision de la paroi abdominale, par un aspect spécial du péritoine pariétal sous-ombilical.

Sans parler des granulations tuberculeuses qui peuvent parfois le recouvrir, il est, le plus souvent, épaissi, dépoli, plus ou moins oedémateux, et adhérent à la couche profonde de la paroi, au point qu'il

est difficile de le cliver et de l'ouvrir. Cet aspect particulier du péritoine dans la région sus-pubienne est tel, en pareil cas, qu'il suffit parfois à indiquer, dès le début de l'opération, quel genre de lésions on va avoir sous les yeux.

Dès que le péritoine aura été incisé, on ne tardera pas à être renseigné plus amplement : on aperçoit alors, au-dessus du pelvis, un amas plus ou moins compact d'anses intestinales, légèrement distendues, de couleur rose blanchâtre, et plus ou moins recouvertes de granulations ou de fausses membranes qui les agglutinent les unes aux autres.

Ces anses, grêles pour la plupart, adhèrent non seulement entre elles, mais encore aux parois de l'excavation, et à l'S iliaque qu'elles refoulent, en le déformant, contre les organes génitaux encore cachés. Ce n'est qu'au prix d'une libération méthodique de ces adhérences, parfois molles et friables, d'autres fois, au contraire, rigides et organisées en véritables brides, qu'on arrive à apercevoir les organes proprement pelviens. Ces manœuvres, toujours accompagnées de quelques hémorrhagies, se compliquent, dans quelques cas, soit d'une dépéritonisation plus ou moins étendue de certaines portions de l'intestin, soit même de perforations intestinales.

Le pelvis, occupé par les organes génitaux malades, renferme ordinairement, à côté d'un utérus de volume à peu près normal, des annexes volumineuses, déplacées, adhérentes. On peut alors trouver toutes les variétés des lésions bacillaires annexielles, depuis la salpingite uni ou bilatérale, caractérisée

par une hypertrophie et une congestion simple de la trompe, ressemblant extérieurement à une salpingite catharrale, jusqu'à la trompe convertie en un volumineux abcès froid, ou détruite en majeure partie et transformée en un organe méconnaissable, caséux et fongueux.

Dans quelques cas, la trompe malade adhère très fortement en avant avec la vessie ; la séparation ne peut être réalisée qu'en déchirant la poche, et en ouvrant ainsi un abcès intra-tubaire, en communication avec la vessie, dont on peut apercevoir la perforation.

Chez d'autres malades, au contraire, les lésions de pelvi-péritonite dominant ; on trouve dans le pelvis un ou plusieurs abcès de siège et d'aspect différents, et c'est l'un d'eux qui, par sa situation antérieure, a contracté avec la vessie des rapports intimes, au point qu'il a envahi progressivement les différentes couches de cet organe, et s'est écoulé finalement dans sa cavité.

On voit donc que deux modes de lésions sont possibles : ou bien il y a adhérence directe de la trompe avec la vessie et communication entre ces deux organes ; ou bien, au contraire, la cavité vésicale n'est en relation qu'avec une poche de péri-salpingite tuberculeuse.

Nous n'avons pas à insister ici sur les caractères histologiques de ces lésions ; nous dirons seulement que, du côté vésical, il s'agit vraisemblablement d'un *envahissement tuberculeux* par voie de contiguïté, la perforation vésicale présentant tous les

attributs macroscopiques des perforations tuberculeuses. Mais nous ne connaissons pas de cas où l'examen histologique de la vessie ait été fait dans de telles conditions.

En ce qui concerne le siège de la perforation, il convient de dire, tout d'abord, que, chez certaines malades, on ne peut pas s'en rendre compte, malgré un examen très minutieux du pelvis pendant l'opération. Il s'agit, en effet, le plus souvent de perforations étroites, qui peuvent facilement passer inaperçues. Nous verrons, d'ailleurs, que cette recherche, quand elle est compliquée, n'est pas capitale au point de vue du traitement, et qu'il est inutile de s'en préoccuper. Par contre, on peut trouver, au cours de l'acte opératoire, une perforation très large permettant l'entrée du doigt dans la vessie.

Mais on peut alors incriminer une déchirure, un agrandissement de l'ouverture vésicale par des tractions, même douces, pratiquées sur des organes malades, pendant la libération des adhérences entre la vessie d'une part, et l'utérus, les annexes, ou une poche de pelvi-péritonite, d'autre part.

Dans les cas que nous envisageons, la vessie est diminuée de volume, retractée. En ne tenant même pas compte de l'épaississement de la séreuse, ses parois sont hypertrophiées. La muqueuse, recouverte d'un enduit muco-purulent, est rouge, congestionnée, dans le voisinage de la perforation ; elle peut être parsemée de taches ecchymotiques, ou même, à un degré plus avancé, d'ulcérations. Ces *phénomènes de cystite* sont constants, à des degrés

différents suivant les cas. Dans nos diverses observations, ils étaient assez peu accusés, à en juger par l'examen cystoscopique qui fut pratiqué sur certaines malades, ou par la guérison rapide des troubles vésicaux et de la pyurie. Mais il est certain qu'on peut observer, dans des cas plus ou moins anciens, des lésions de *cystite tuberculeuse véritable*, avec toutes leurs complications. Certains auteurs admettent, d'ailleurs, que la tuberculose vésicale de la femme, toujours secondaire, peut être consécutive à une tuberculose annexielle (Saxtorph), par simple propagation de voisinage. Cette tuberculose vésicale ne sera naturellement que plus fatale s'il se produit une évacuation de pus tuberculeux dans l'intérieur de la vessie.

Nous avons vu, en effet, que l'aspect de la perforation vésicale, dans la tuberculose annexielle, est assez spécial, et qu'à la vue seule, on reconnaîtrait presque qu'il s'agit, là d'une perforation tuberculeuse.

Le mécanisme du processus est, dès lors, bien simple : il est produit par l'envahissement progressif des couches de la vessie par la tuberculose. L'abcès froid, qu'il soit tubaire ou péritonéal, se développe, comme tous les tuberculomes, à la façon d'une tumeur, et il ne s'ouvre dans la vessie qu'après avoir érodé et envahi la paroi de ce réservoir.

On peut donc dire que toute perforation vésicale se produisant dans ces conditions n'est autre chose qu'une vaste ulcération tuberculeuse qui s'est creusée, non pas de dedans en dehors, comme c'est la règle

dans la tuberculose vésicale isolée, mais de dehors en dedans, de la séreuse vers la muqueuse. Ce processus, évidemment, dépend du siège des lésions annexielles ou pelvi-péritonitiques. Il nécessite, pour se produire, un contact intime entre ces lésions et la paroi vésicale. Mais il ne dépend nullement d'autres conditions étiologiques, telles que le traumatisme.

CHAPITRE III

Etude clinique

Cliniquement, l'ouverture spontanée dans la vessie des abcès tuberculeux d'origine tubaire peut se manifester par des signes très différents.

Souvent, en raison même de son mode de production, cette perforation passe totalement inaperçue des malades. Elle ne constitue pas, en effet, un accident très aigu. Elle n'est, au contraire, que le dernier degré d'un processus progressif, mais lent et insidieux, comme dans toute tuberculose.

Habituellement, quand elle se produit, on a fait le diagnostic de la salpingite causale, et c'est seulement en voulant examiner les urines qu'on y découvre du pus et qu'on est amené à penser à l'évacuation, dans la vessie, de la poche suppurée.

Chez d'autres malades, la perforation n'est même pas soupçonnée ; c'est au cours de l'opération qu'on

est tout étonné de constater des adhérences extrêmement solides entre la trompe malade et la vessie, et c'est en voulant séparer ces deux organes qu'on reconnaît la communication qui les unit.

Dans quelques cas, cependant, si l'on interroge avec soin les malades, on se rend compte que la perforation a été annoncée par quelques prodromes : douleurs plus ou moins vives dans la région vésicale, sensation de pesanteur et ténésme.

Quoi qu'il en soit, ce qui la caractérise cliniquement c'est l'apparition de pus dans les urines. Celles-ci, primitivement normales, deviennent brusquement purulentes, et peuvent même contenir, au début, quelques gouttes de sang. Cette issue brusque de pus dans les urines, s'accompagne parfois, comme dans l'observation de Fernet, d'une sensation remarquable de soulagement et d'une diminution de volume ou de tension de la poche pelvienne, précédemment reconnue. Dans la suite, la pyurie, plus ou moins abondante, suivant la gravité des lésions, est continue ou intermittente. D'après Terrillon, cette *intermittence de la pyurie*, due aux oblitérations spontanées de l'orifice tubo-vésical, serait un signe caractéristique des fistules vésicales d'origine tubaire.

Toutes les fois, donc, que, chez une femme soupçonnée de salpingite et, en particulier, de salpingite tuberculeuse, on verra survenir, sans autre cause connue, de la pyurie et, en particulier, une pyurie intermittente, on devra penser à l'ouverture, dans la vessie, de la poche suppurée et l'on devra rechercher

la communication par l'*examen cystoscopique*.

Ce procédé est seul capable, en effet, de fournir le signe de certitude, seul, il peut éliminer certaines erreurs, basées sur la constatation de la pyurie. C'est ainsi qu'au cours des inflammations pelviennes, par simple réaction de voisinage, les urines peuvent renfermer sinon du pus véritable, du moins un dépôt louche plus ou moins abondant. Ce fait n'est peut-être pas rare dans la tuberculose génitale, sans perforation de la vessie.

De même, au cours d'une tuberculose génitale, la vessie peut être envahie, pour son propre compte, par le bacille de Koch, sans qu'il y ait de communication tubo-vésicale.

On conçoit donc que la constatation directe, cystoscopique ou opératoire, d'une perforation vésicale est le seul signe certain de cette complication. La cystoscopie renseignera non seulement sur l'existence et le siège de la perforation, mais aussi sur la nature et sur l'étendue des lésions concomitantes.

Enfin, la production même de cette perforation peut avoir, dans quelques cas, une véritable *valeur diagnostique*. Si l'on hésite, en effet, cliniquement sur la nature de l'annexite qui s'est ouverte dans la vessie, la présence de bacilles de Koch dans le pus des urines, ou l'inoculation positive de ce pus au cobaye, viendront préciser un diagnostic étiologique jusque-là incertain. Il faut savoir, cependant, que la recherche des bacilles de Koch dans les urines n'est pas toujours chose facile, et qu'il est possible de les confondre avec d'autres bacilles acido-résistants. Il

faut savoir aussi que cette recherche peut être négative, sans avoir pour cela une valeur négative, car il existe, d'une façon indiscutable, des salpingites tuberculeuses amicrobiennes, dans lesquelles on ne trouve aucun bacille de Koch, au moins à une certaine période de leur évolution.

Au point de vue du *pronostic*, il est difficile de savoir jusqu'à quel point la perforation vésicale dans les annexites bacillaires constitue une aggravation ou une amélioration de l'état de la malade.

D'une façon générale, il semble que la fistule ait tendance à persister indéfiniment. Cependant, à en juger par l'observation de Fernet, elle peut constituer à la longue un mode de guérison. En tout cas, elle rend parfois l'opération un peu plus difficile, et elle nécessite, du côté de la vessie, des précautions et des soins spéciaux dans les suites opératoires. Enfin, elle peut être l'origine d'une tuberculose vésicale grave, et c'est là ce qui en assombrit le pronostic.

CHAPITRE IV

Traitement

Si, pour la plupart des collections pelviennes, l'ouverture spontanée dans la vessie constitue, comme le disait Terrillon, un mode de guérison et, en tout cas, commande une expectative au moins temporaire, nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi dans les cas de tuberculose annexielle. La perforation vésicale n'est plus ici un mode d'évacuation au dehors d'un abcès pelvien ; elle est, au contraire, le résultat d'une invasion de plus en plus marquée de l'affection tuberculeuse. Elle est, par conséquent, à moins de contre-indications formelles, tenant surtout au mauvais état général de la malade, une indication de plus à l'intervention.

En quoi consistera cette intervention, et s'adressera-t-elle uniquement à la perforation vésicale, uniquement à la lésion annexielle, ou aux deux à la fois?

En nous basant sur les diverses considérations, surtout anatomiques, qui ressortent de notre étude, il serait tout d'abord absurde de s'occuper exclusivement de la perforation vésicale.

En effet, tant que la tuberculose annexielle persistera, cette perforation n'aura aucune tendance à s'oblitérer. Elle pourra devenir une cause d'infection, bacillaire ou autre, non seulement de la vessie, mais de l'arbre urinaire tout entier. Il importe donc, en premier lieu, dans un but à la fois curatif et préventif, de *supprimer la cause*. A quelle opération aura-t-on recours ?

L'*hystérectomie vaginale*, recommandée autrefois par Péan, dans les cas de « suppurations pelviennes compliquées de fistules rectales, vésicales et hypogastriques », est abandonnée à peu près complètement aujourd'hui pour les suppurations ordinaires, à plus forte raison pour les suppurations tuberculeuses. Elle constitue un procédé aveugle qui ne peut débarrasser le pelvis de ses suppurations multiples, de ses fausses membranes, etc. Elle n'est pas, d'autre part, sans présenter des dangers.

De même, la *laparotomie simple avec drainage abdominal* est totalement insuffisante. La seule indication, à l'heure actuelle, est l'*hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal et avec fermeture complète de la paroi*. Dans les cas très difficiles, on pourra s'aider de l'hémi-section de l'utérus qui facilite beaucoup les manœuvres et donne du jour.

De même, on pourra, s'il est impossible d'attirer le col, et si l'utérus paraît sain, se contenter de faire

une amputation supra-vaginale de l'utérus, mais en la faisant suivre d'un effondrement du Douglas et d'un drainage vaginal, comme il fut fait chez la malade de notre Obs. n° I.

En tous cas, si l'on a suffisamment protégé l'abdomen au moyen de compresses, on ne fera plus le Mickulicz et on refermera complètement l'abdomen. M. le Professeur Aug. Pollosson a insisté depuis longtemps sur les inconvénients d'un drainage excessif. Même dans les ablations de salpingites suppurées avec écoulement de pus dans le pelvis, au cours de l'intervention, le drainage vaginal suffit, si l'on a protégé le grand péritoine et si l'on a fait une bonne péritonisation de l'excavation.

Mais quelle conduite tenir vis-à-vis de la vessie perforée ? Nous avons vu qu'il est parfois totalement impossible de trouver la perforation, à moins de vouloir faire des délabrements qui seraient beaucoup plus nuisibles qu'utiles. Dans ce cas, le mieux est de *négliger absolument la perforation vésicale introuvable*, et de borner l'opération à ce que nous avons dit précédemment. Il sera bon, toutefois, d'avoir soin de laisser autant que possible la perforation au-dessous de la péritonisation, et de l'exclure ainsi en quelque sorte. Une partie du contenu vésical s'échappera, pendant plus ou moins longtemps, par le vagin, en suivant un chemin plus ou moins détourné. Mais, à la longue, la fistule se tarira d'elle-même ; on pourra, d'ailleurs, en hâter peut-être la cicatrisation par des lavages méthodiques et soigneux de la vessie et par des cautérisations.

S'il s'agit, au contraire, non pas d'une perforation insignifiante et difficile à trouver, mais d'une véritable perte de substance dans laquelle le doigt s'enfonce pendant l'opération, l'indication la plus nette sera la *suture vésicale*. On avivera plus ou moins les lèvres de la plaie et on les suturera l'une à l'autre au moyen de 2 ou 3 plans de catgut. C'est la conduite qui a été suivie chez une de nos malade (Obs. I) et le résultat a été parfait.

Les *soins consécutifs* seront ceux de toute hystérectomie. Quant aux soins à donner à la vessie, ils seront nuls pendant les douze ou quinze jours qui suivront l'opération, c'est-à-dire pendant toute la période d'immobilisation de la malade au lit. On se bornera seulement à des précautions d'asepsie très rigoureuses, s'il est besoin de faire des cathétérismes pendant les premiers jours.

Dans la suite, on devra examiner régulièrement les urines et faire la cystoscopie. Ainsi on suivra pas à pas la guérison de la perforation qui se fait ordinairement en quelques semaines.

On pourra l'aider par des lavages vésicaux au nitrate d'argent, ou même par de très légères cautérisations argentiques, faites avec le contrôle du cystoscope.

CHAPITRE V

Observations.

OBSERVATION I

Clinique gynécologique du professeur A. POLLOSSON

Annexite bilatérale tuberculeuse. Pyurie. Tuberculose pulmonaire. Castration abdominale totale. Perforation vésicale. Suture. Guérison.

Augustine Bonn..., 37 ans, entre à la Charité le 5 juin 1905.

Mariée à 25 ans. Ni enfant, ni fausse-couche.

Réglée à 16 ans, toujours irrégulièrement. N'a pas eu ses règles depuis le mois de décembre dernier.

Il y a quatre ans, salpingite droite qui dura trois mois.

Il y a 3 ans, la malade fut soignée pour tuberculose pulmonaire et envoyée au sanatorium d'Hauteville.

Elle entre pour des douleurs abdominales, datant d'un an, surtout localisées à droite.

Elle n'accuse aucun trouble urinaire. Ses urines, cependant, renferment du pus.

Au toucher, le col utérin est refoulé en arrière par une masse dure, médiane, très douloureuse, qui bombe dans le vagin, et qui est indépendante de l'utérus, qu'elle entoure plus ou moins.

Aux poumons : ramollissement du sommet gauche, induration du sommet droit.

Petites poussées thermiques le soir.

Opération le 17 juin 1905 (Dr Violet). — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Après incision du péritoine on tombe sur des adhérences très nombreuses. Les anses intestinales adhèrent, en avant, à la vessie et un peu au péritoine pariétal antérieur. On arrive cependant à amorcer le décollement. On détache ainsi trois ou quatre adhérences intestinales, l'une d'elles offrait une longueur d'environ 10 centimètres et une largeur de 2 centimètres. Peu à peu, on creuse ainsi le pelvis, et l'on aperçoit une adhérence terminale qui n'est autre que l'appendice. On le sectionne à sa base, avec le thermo-cautère, entre deux ligatures, et on le laisse adhérent à la masse annexielle droite que, dès lors, on cherche à libérer. Pour se rendre compte d'abord de la situation de l'utérus, on reprend le décollement antérieur. On crève tour à tour, aux ciseaux, deux poches kystiques, bleuâtres, à contenu séreux. En avant, le doigt pénètre brusquement, à un moment donné, et sans effort, dans une cavité à parois friables; il s'agit d'une perforation vésicale, dont on repère provisoirement les deux lèvres avec des pinces en cœur. On continue le décollement. Au cours de celui-ci, la poche droite se rompt : il s'écoule une assez grande quantité de pus mal lié. On fait, ensuite, la libération des annexes gauches, puis l'amputation supra-vaginale de l'utérus, après pincement bien régulier des utérines. On avive l'orifice de la perforation vésicale, qui présente des lèvres épaisses, friables, tapissées de bourgeons chair d'huitre, et l'on en fait la suture à deux plans, au catgut. On effondre le cul-de-sac postérieur au dilatateur-gouttière, et l'on draine par là au moyen d'une compresse pliée en deux; on s'assure que les

anses intestinales décollées ne présentent rien d'anormal, et l'on ferme complètement la paroi.

Suites opératoires. — Légère réaction les jours suivants, caractérisée surtout par une accélération du pouls à 120. Température : 38°. Pas de ballonnement du ventre.

Le cathétérisme est pratiqué trois fois par jour. Pendant les 4 ou 5 jours suivants, l'accélération du pouls persiste, mais les autres symptômes sont bons.

Miction spontanée le 21 et la malade a une selle également spontanée le 22.

Le 24 juin on enlève la mèche vaginale et on constate en même temps une suppuration de la paroi qui ne dépasse pas le tissu cellulaire.

Dès lors, les suites opératoires sont simples et la malade sort le 20 juillet.

Nous l'avons revue le 27 mars 1908, il y a par conséquent quelques jours.

La malade va bien. Son état général est satisfaisant. Les lésions pulmonaires paraissent avoir rétrocedé ou, tout au moins, n'avoir pas subi une poussée nouvelle. La toux, l'expectoration, la dyspnée, les douleurs semblent s'être améliorées. L'appétit est excellent ; le poids reste stationnaire et la malade, qui prend sa température chaque jour, n'a constaté aucune élévation thermique depuis six mois.

Au toucher, on ne sent aucun exsudat pelvien. On ne constate pas d'éventration.

Du côté de la vessie : les mictions sont faciles, quoique toujours un peu fréquentes, et quelquefois légèrement douloureuses. Les urines sont claires.

Bref, rien d'anormal pas plus du côté de la vessie que du côté du rein.

Examen des pièces. — La trompe droite et l'appendice, uni intimement à elle, ne forment qu'une seule masse. L'appendice présente une muqueuse un peu nécrotique. La trompe

présente une muqueuse entièrement rongée, d'aspect rougeâtre.

La trompe gauche est bosselée, irrégulière, non kystique, à parois épaissies, à muqueuse nécrotique.

La cavité utérine présente une muqueuse blanchâtre, peu épaisse, sans lésions apparentes.

Les lèvres de la perforation vésicale réséquées sur tout le pourtour, sur une étendue d'un centimètre à 1 cent. 1/2 présentent un aspect rougeâtre, œdématisé, un peu chair d'huître, reposant çà et là, sur une base infiltrée, d'aspect lardacé, à la coupe, Il est impossible, sur ces bourgeons réséqués, de reconnaître les tuniques de la paroi vésicale.

Examen histologique. — L'examen de ces différents organes a été pratiqué.

a) Sur l'appendice, on trouve des parois épaissies, infiltrées et parsemées de points nodulaires péri-vasculaires, formés de cellules rondes. Mais nulle part on ne trouve de lésions bacillaires spécifiques.

b) La trompe droite est malade dans toute son épaisseur. Les franges tubaires sont abrasées ; la muqueuse est représentée par une infiltration de cellules rondes et de cellules épithélioïdes, dans laquelle on reconnaît quelques formations pseudo-glandulaires, et surtout de nombreuses cellules géantes isolées ou au milieu de follicules plus ou moins caséifiés.

c) Les bourgeons de la paroi vésicale sont nettement tuberculeux, rares au milieu d'une grosse infiltration embryonnaire ou de foyers de nécrobiose.

d) La muqueuse utérine est saine.

OBSERVATION II

Clinique gynécologique du Prof. A. POLLOSSON

Mme Bac..., 48 ans, entre à la Charité le 5 Juillet 1906.

Mariée à 25 ans. Ni enfants, ni fausses-couches..

Règles toujours douloureuses.

Déjà avant son mariage, elle avait souffert dans le bas-ventre ; elle avait consulté un médecin qui lui avait conseillé de mettre un topique.

Pas de pertes blanches.

Pas de diarrhée. Pas de troubles digestifs.

Depuis le mois d'octobre 1905, pertes très abondantes. Au mois de mars, à la suite d'une grosse perte, elle a gardé le lit pendant deux mois. Depuis, aménorrhée. Amaigrissement considérable. Aspect cachectique.

A l'examen, paroi abdominale amaigrie, tendue, parcourue dans sa portion inférieure, de quelques veinosités très développées.

Au toucher et au palper combinés, on sent, à gauche, une grosse masse kystique, du volume d'une tête fœtale, qui plonge dans le Douglas.

A droite, on sent une masse du volume du poing, moins facile à délimiter.

L'utérus, petit, situé en avant, déborde peu les masses annexielles.

Les cul-de-sac vaginaux et le Douglas sont cartonnés. La muqueuse vaginale est infiltrée, adhérente.

Indolence à peu près complète.

Pas de température : 37°3.

Urines purulentes, à la fin seulement.

Intervention le 24 juillet 1906 (Dr Violet). — Laparatomie sous-ombilicale médiane.

Adhérences intestinales nombreuses, mais fragiles.

Castration totale par hémi-section utérine.

Pendant son ablation, la masse annexielle droite, à développement partiellement intra-ligamentaire, crève à la fin de la décortication. Il s'écoule un liquide sanguinolent, sans pus véritable. A gauche, la masse annexielle est formée par l'ovaire ; la trompe passe en écharpe au-dessus ; elle est obli-térée, et va se fusionner au niveau de son pavillon avec les adhérences péri-ovariennes.

En avant, vers la vessie, cette masse pousse un prolongement dans l'espace utéro-vésical. Au cours de sa libération cette poche purulente crève, justement au niveau de la portion adhérente à la vessie. On craint à ce niveau de blesser cet organe et la libération est faite aux ciseaux avec prudence. La masse enlevée, on reprend le col utérin dont on fait l'ablation.

Ceci terminé, on regarde à nouveau s'il n'y a point de perforation vésicale ; une sonde introduite par l'urèthre retire 60 grammes de pus absolument analogue à celui qui s'est écoulé de la masse annexielle gauche ; mais nulle part on ne trouve de perforation. On abrège, d'ailleurs, cette recherche dès qu'on s'aperçoit qu'on craint d'être plus nuisible qu'utile. Il existe, du côté de l'abdomen, sur la paroi vésicale de véritables callosités épaisses et dures au milieu desquelles il peut bien exister un trajet communiquant avec la vessie.

On laisse une sonde à demeure. Une mèche dans le vagin. Péritonisation par-dessus. Fermeture de la paroi.

Suites opératoires très simples.

On enlève la sonde à demeure le troisième jour. Les urines ont été toujours claires depuis l'opération.

Ablation de la mèche vaginale au 6^e jour.

La malade sort le 23 août.

Elle a donné de ses nouvelles à plusieurs reprises. La

guérison a été parfaite. Il n'est survenu aucune complication urinaire.

Examen des pièces. — Utérus petit; muqueuse peu développée, nullement pathologique.

A droite, la masse principale est un volumineux abcès froid ovarien du volume d'une tête fœtale. La trompe passe en écharpe au-dessus; elle est allongée et distendue par le développement de la masse ovarienne; elle est fermée, et contient un peu de pus. La face interne de la poche ovarienne présente un *semis de granulations* confluentes tout à fait remarquable.

Cette poche ovarienne présente, en outre, deux diverticules isolés, dans lesquels la paroi a un aspect caséeux.

A gauche, trompe suppurée, fermée, poche ovarienne épaisse, présentant en un point des débris ovariens. La paroi de la poche est lisse par place, avec des coagulations fibrineuses peu adhérentes en d'autres points.

Examen histologique. La paroi de l'abcès ovarien présente nettement des lésions tuberculeuses, avec infiltrations caséeuses diffuses et, çà et là, des follicules tuberculeux avec cellules géantes.

OBSERVATION III

Clinique gynécologique du professeur A. POLLOSSON.

Rosine B..., 32 ans, entre à la Charité, salle sainte Thérèse, le 13 novembre 1907.

Antécédents nettement tuberculeux.

La malade a fait un premier séjour à la clinique en novembre 1906. Elle y subit, le 27 novembre, une première opération, faite d'urgence, en pleine poussée de diffusion ou

d'extension d'une péritonite pelvienne dont on avait mal précisé la nature. L'opération consista en une laparotomie sous-ombilicale médiane, avec évacuation de plusieurs poches purulentes, ablation incomplète d'une masse annexielle gauche, et drainage abdomino-vaginal, avec mickulicz abdominal.

Un mois et demi après, la malade sortait de l'hôpital incomplètement guérie, gardant à droite une induration phlegmoneuse qui dédoublait la cloison recto-vaginale.

Un an après, elle revenait dans le service avec une fistule purulente intarissable, au niveau de la cicatrice abdominale; on sentait, en outre, très nettement, à travers un ventre mince et aplati, une collection annexielle droite du volume du poing.

La malade avait eu, depuis sa sortie, deux ou trois poussées aiguës; l'état général était mauvais. Il était indiqué de mettre un terme à ces suppurations pelviennes; une castration totale s'imposait.

Les antécédents tuberculeux de la malade, le petit volume de l'utérus au milieu de ces deux masses annexielles suppurées, l'absence de sécrétions purulentes par l'utérus, faisaient penser à de la bacillose.

D'autre part, au moment de l'intervention, le cathétérisme vésical montra l'existence d'urines purulentes. La malade n'éprouvait aucun symptôme de cystite, malgré cette pyurie datant de plusieurs semaines. L'examen des reins était négatif. On pensa qu'il s'agissait d'une ouverture de la collection salpingienne dans la vessie. La pression continuée pendant un certain temps sur la collection abdominale, augmentait nettement la quantité de pus dans la vessie.

L'intervention fut pratiquée, le 26 novembre 1907, par le docteur Violet. Incision ovale circonscrivant l'orifice fistuleux; retournement et exclusion de la peau, suivant la technique préconisée par M. A. Pollosson dans les fistules pyo-stercorales; ouverture du péritoine.

Après libération de quelques adhérences épiploïques, on s'aperçoit que l'orifice abdominal fistuleux répond à un long conduit cylindrique du volume du petit doigt, se rendant directement de la paroi abdominale à la corne utérine gauche. Il s'agit certainement de la trompe gauche. A droite, on reconnaît une poche suppurée du volume du poing, correspondant aux annexes, et sur laquelle l'appendice en position basse vient adhérer. On recherche l'utérus, dont la face antérieure est masquée par des poches de péritonite cloisonnées, à contenu louche ou franchement purulent. C'est à une de ces poches, et non à l'une des masses annexielles, que correspond la suppuration vésicale.

Après avoir évacué ces poches et épongé leur contenu, on voit que le dôme vésical est presque dépourvu en totalité de son péritoine et qu'il présente en deux points, larges chacun comme une pièce de 5 francs, une surface couverte de granulations et de fongosités.

La face antérieure de l'utérus étant dégagée, mais cet organe étant toujours très immobile et ne présentant aucune ascension sous la traction des pinces, on pratique la castration totale par hémi-section. Celle-ci permet l'ascension progressive de l'utérus et le dégagement des annexes, chacune avec sa moitié utérine correspondante. Hémostase soigneuse.

Ablation de l'appendice, accolé aux annexes droites.

La recherche de la perforation vésicale, une sonde étant introduite dans la vessie, reste sans résultat.

Une mèche est placée dans le vagin. L'S iliaque est étalée sur la compresse et fixée par deux points à ce niveau.

A ce moment, on constate l'existence de plusieurs ganglions rétro-péritonéaux durs, du volume d'une aveline à une noix. Un ganglion plus volumineux siégeant au niveau de l'origine des vaisseaux iliaques externes, est enlevé. Fermeture complète de la paroi.

Suites opératoires. — Peu ou pas de réaction péritonéale.

Les suites furent excellentes au point de vue opératoire. Mais, dès l'ablation de la mèche vaginale, on constata que la malade perdait ses urines par le vagin. Toutefois cette incontinence n'était que partielle, puisque le cathétérisme vésical retirait encore de l'urine. La perforation devait être petite et comme à soupape, parce que le liquide injecté dans la vessie ne sortait qu'en faible quantité par le vagin. Il existait en même temps des phénomènes de cystalgie et de cystite. Pendant un mois la malade continua à perdre ainsi ses urines et craignait de conserver cette infirmité.

On se décida à un examen plus approfondi ; au cystoscope, on trouva une muqueuse vésicale enflammée, avec une vascularisation exagérée, des dépôts noirâtres, çà et là, sur le trigone. Sur le col, on constata quelques ecchymoses anciennes.

Au toucher vaginal, on constatait un infundibulum terminal bourgeonnant dans lequel on pouvait engager le doigt, et d'où l'on voyait sortir le peu d'urine qui s'écoulait par là.

On pratiqua quelques cautérisations au nitrate d'argent de cet entonnoir granuleux, ainsi que quelques lavages de vessie.

Trois mois après, la malade partait dans une maison de convalescence, ne perdant plus ses urines, mais conservant des mictions fréquentes et un peu douloureuses, cependant que l'état général s'améliorait.

Examen des pièces. — L'utérus est petit, la muqueuse saine.

La masse annexielle droite est formée par des abcès multiples de l'ovaire. Ces abcès sont de véritables follicules tuberculeux du volume d'une noisette à une praline, avec du caséum au centre. Ils sont au nombre de six ou sept dans une masse du volume d'une petite orange, représentant l'ovaire.

La trompe droite, transformée en un sac purulent distendu, est adhérente à cette masse.

La trompe gauche est représentée par ce conduit partant de la corne utérine gauche et allant à la paroi abdominale. C'est elle qui entretenait la fistule.

L'appendice est augmenté de volume, enflammé, sans présenter de lésions spécifiques.

L'examen histologique de la paroi d'un abcès de l'ovaire droit a montré l'existence de nombreuses cellules géantes au milieu de cellules épithélioïdes à protoplasma vitreux.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

En premier lieu, elle constitue un bel exemple de tuberculose annexielle compliquée d'envahissement tuberculeux de la vessie, et de perforation de cet organe. Elle montre que la guérison est obtenue par la castration totale avec drainage vaginal seul, même sans la recherche systématique et la fermeture de la perforation de la vessie.

En second lieu, cette observation est intéressante parce que, chez notre malade, la fistule purulente abdominale était due à l'abouchement immédiat d'une trompe malade à la peau, comme M. Pollosson en a observé deux ou trois exemples.

OBSERVATION IV

(FERNET). — Résumée.

Tuberculose génitale primitive, avec ouverture dans la vessie et le vagin. — Tuberculose pulmonaire. — Guérison.

Octavie R..., 25 ans, entre à Beaujon le 6 février 1884.

Antécédents : Mère morte de la poitrine.

A l'âge de 18 ans, la malade, qui n'était pas encore réglée, fut prise sans cause connue de douleurs vives dans les reins et le bas-ventre, qui durèrent trois ou quatre jours, et furent suivies pendant trois semaines de pertes blanches abondantes et de douleurs en urinant. Cette leucorrhée revint à différentes reprises jusqu'à l'apparition des règles, qui arrivèrent pour la première fois à l'âge de 20 ans. Depuis cette époque, les règles sont régulières, peu abondantes; elles durent deux ou trois jours.

A l'âge de 22 ans, la malade prit un amant avec lequel elle vécut pendant deux ans (Elle nous a affirmé de la façon la plus formelle que c'est le seul homme qu'elle ait jamais connu). Cet homme était malade de la poitrine, il avait eu plusieurs fois des crachements de sang. Il la quitta il y a un an pour aller se faire soigner dans son pays où il est mort au mois d'avril 1884.

Depuis ces relations, la malade eut fréquemment des leucorrhées dans l'intervalle des règles, et plusieurs fois des poussées de vulvo-vaginite.

Il y a deux mois, elle a commencé à tousser et à rendre des crachats contenant quelques filets de sang. En même temps elle s'est amaigrie d'une façon très sensible et elle a perdu ses forces.

Etat actuel. — Infiltration tuberculeuse des deux sommets, surtout du gauche, avec commencement de ramollissement en arrière, et adénopathie trachéo-bronchique bilatérale.

Le ventre, un peu saillant, est sensible à la pression, surtout à sa partie inférieure. Le toucher fait constater dans le cul-de-sac vaginal du côté droit un empâtement en forme de croissant qui embrasse le col utérin et empiète sur les culs-de-sac antérieur et postérieur; le cul-de-sac gauche est libre.

L'examen des organes génitaux externes fait constater l'existence d'une vaginite intense avec métrite, vaginite sponta-

née, non blennorrhagique, qui revient de temps en temps, par poussées.

Le 5 mars, le toucher vaginal combiné à la palpation permet de sentir un engorgement étendu, occupant les annexes de l'utérus du côté droit et le cul-de-sac vaginal ; cet engorgement, du volume d'un œuf de poule est inégal, bosselé, vraisemblablement formé surtout par de gros ganglions (adéno-phlegmon tuberculeux). On sent, en outre, dans la fosse iliaque gauche, un ganglion du volume d'une grosse amande.

Le 15 mars, les douleurs abdominales sont très vives. La masse indurée qu'on avait constatée à droite de l'utérus a augmenté et a maintenant le volume d'une orange, sa surface est inégale et bosselée ; elle englobe l'utérus à droite et à sa partie supérieure, et dépasse la ligne médiane à gauche de trois travers de doigt.

Le 20 mars, la tumeur abdominale a encore augmenté ; elle remonte à droite jusque dans la fosse iliaque, et elle dépasse la ligne blanche de quatre travers de doigt du côté gauche.

Le 25 mars, depuis deux jours, les douleurs de ventre restant toujours très vives, la malade a ressenti des envies fréquentes d'uriner, et elle ne rend chaque fois qu'une petite quantité d'urine ; la miction est cuisante et douloureuse. Les urines ayant été recueillies dans un bocal, on constate au fond du bocal un dépôt de pus qui a plus d'un centimètre de hauteur. Il est donc évident qu'une partie de la masse engorgée a suppuré, et s'est ouverte dans la vessie. La tumeur abdominale a d'ailleurs beaucoup diminué de volume ; elle ne remonte plus qu'à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et ne dépasse pas l'épine iliaque antéro-supérieure. Sa consistance est encore très dure.

Le 29 mars, l'urine, recueillie journellement, présente au fond du bocal un dépôt de pus de plus d'un centimètre d'épaisseur.

Le 5 avril, la quantité de pus contenue dans l'urine a

beaucoup diminué, et la tumeur du ventre a aussi un moindre volume; les douleurs sont moins vives. L'état de la poitrine semble aussi en voie d'amélioration.

Le 12 avril, l'urine ne contient presque plus de pus; mais pendant la nuit, la malade s'est aperçue qu'à différentes reprises elle rendait un peu de liquide par le vagin et ce liquide a fait sur sa chemise des tâches manifestement purulentes. Il s'est fait sans doute une ouverture par le vagin. La tumeur abdominale a encore diminué.

Le 14 avril, l'urine contient toujours un dépôt purulent dont la quantité varie d'un jour à l'autre. Deux ou trois fois par jour, il s'écoule un peu de pus par le vagin. •

Le 16 avril, l'ouverture vaginale paraît s'être refermée, et depuis que la malade ne rend plus de pus, elle souffre de nouveau du ventre, et la tumeur abdominale a augmenté de volume. La miction est fréquente et douloureuse; les urines contiennent toujours un dépôt de pus.

Le 20 avril, nouvelle ouverture de l'abcès dans le vagin. La malade a pu recueillir une petite quantité de pus que l'on soumet, après l'emploi des réactifs, à l'examen microscopique. On y trouve seulement 3 bacilles. On n'a pu en trouver dans le pus des urines.

Le 20 mai. Les urines ne contiennent plus de pus depuis deux jours et, depuis le 30 avril, il ne s'est pas fait d'ouverture par le vagin.

Le 23 mai, au toucher, la partie gauche des annexes de l'utérus est tout à fait libre; à droite, il reste encore un engorgement qui aurait environ le volume d'un œuf de poule, appliqué contre l'utérus, mais qui paraît mobile.

Le 26 mai, la malade tousse très peu; l'expectoration est nulle; toute trace de craquement a disparu. La malade a gagné, en deux mois, 10 kilogr. 1/2.

Suivant l'interprétation de Fernet et de son élève Derville (Thèse Paris, 1887-88), il s'agit là d'un cas

de tuberculose génitale par contagion. La malade qui fait l'objet de cette observation a été atteinte de tuberculose génitale, d'abord par contagion directe, du fait de ses rapports sexuels avec un tuberculeux avéré. Elle a fait ensuite, secondairement, de la tuberculose pulmonaire.

On voit même, d'après cette observation, que la guérison ou tout au moins l'atténuation, de la tuberculose pulmonaire a marché de pair avec la guérison de la tuberculose génitale.

A notre point de vue, cette observation de Fernet est intéressante, puisqu'elle est un exemple de tuberculose annexielle ouverte à la fois dans la vessie et dans le vagin, et guérie par ce mécanisme.

OBSERVATION V

CARLIER, in Thèse Fauverghe (Obs. IV)

*Pyro-salpinx, d'origine indéterminée, peut-être bacillaire,
ouvert dans la veine.*

Mme S... , 44 ans, pas d'enfants.

Mariée à 23 ans, veuve depuis trois ans.

Son mari, tuberculeux pulmonaire, appartenait à une famille de tuberculeux (père et 4 frères morts de bacillose). Il fut malade, avec hémoptysies, pendant dix mois. Mort en mai 1889.

Quelques mois après, Mme S... ressent des douleurs dans le côté gauche, douleurs vives, soulagées seulement par les vésicatoires et les pointes de feu. Ces douleurs sont intermittentes, viennent et disparaissent sans cause appréciable.

Ces douleurs ont duré depuis 3 ans, jusqu'en juin 1892.

En décembre, nouvelles crises dans le bas-ventre, à gauche, calmées par un vésicatoire. Le toucher vaginal fait percevoir une tuméfaction dépendant de la trompe droite.

Mictions non douloureuses. Examen des urines négatif.

Vers le 3 janvier, ténésme vésical intense, douleurs post-mictionnelles, vingt mictions par jour. Le 9 janvier, la collection purulente s'ouvre dans la vessie. La malade urine abondamment du pus blanc avec traînées verdâtres. Le pus est épais, très odorant, avec quelques filets sanguinolents. La quantité de pus peut être évaluée à un litre.

Depuis le jour de l'ouverture, les crises vésicales ont complètement cessé. La malade urine 5 ou 6 fois par jour et deux fois la nuit, mais sans douleurs. Les urines se sont clarifiées progressivement.

Cette observation manque de documents suffisants pour qu'on puisse affirmer qu'il s'est agi d'un abcès froid tubaire ouvert secondairement dans la vessie. Cette hypothèse est cependant vraisemblable, puisque la collection tubaire s'est développée chez une femme qui venait de perdre son mari, atteint de tuberculose pulmonaire.

CONCLUSIONS

1^o L'ouverture spontanée dans la vessie des abcès pelviens tuberculeux d'origine génitale chez la femme est un fait très rare. A nos trois observations personnelles, qui ne peuvent laisser de doute, nous n'avons pu en joindre que quelques autres, peu caractéristiques.

2^o D'ailleurs, le plus souvent, cette ouverture est insidieuse, et peut passer inaperçue. A peu près dépourvue de signes fonctionnels, elle se traduit par une pyurie, plus ou moins abondante, souvent intermittente. Son existence ne peut être affirmée que par l'examen cystoscopique.

3^o Incapable de guérir spontanément, elle doit être traitée chirurgicalement. Pour cela, il faut surtout s'adresser à sa cause, et pratiquer l'ablation des trompes malades, par la voie abdominale. Si la fistule est insignifiante ou introuvable, on se conten-

tera de l'exclure plus ou moins par la péritonisation, et de drainer par le vagin. La guérison se fera en quelques semaines, avec ou sans lavages et cautérisations de la vessie. Si, au contraire, la déchirure vésicale est large, on en avivera les lèvres et on en fera la suture, en drainant toujours le pelvis par le vagin, mais sans drainer par la paroi.

Le Président de la Thèse,
A. POLLOSSON.

Vu :
Pour le Doyen, l'Assesseur,
J. COURMONT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Lyon, le 2 avril 1908.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- FERNET. — *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 1884.
- DERVILLE. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale chez la femme. Th. de Paris, 1887-88.
- PÉAN. — *Annales de Gynécologie*, 1870. T. II.
- Pierre DELBET. — Traité des suppurations pelviennes chez la femme. Paris 1891.
- TERRILLON. — Traité de clinique chirurgicale art. salpingites et ovarites, p. 309.
- PERRIMOND. — Absès pelviens ouverts dans la vessie chez la femme. Th. de Lyon, 1897.
- BEUVIGNON. — De la salpingite tuberculeuse. Th. de Nancy, 1898.
- SAXTORPH. — Congrès médical international de Paris 1901. Section chirurgie urinaire.
- FRISTCH, traduit par Maas. — Maladies des femmes, 1902.
- FAUVERGHE. — Contribution à l'étude de la perforation spontanée des pyo-salpinx dans la vessie. Th. Lille, 1901-1902.
- CAZENEUVE. — De la tuberculose des annexes. Th. Montpellier 1902.

GRAS. — Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme. Th. de Paris, 1904-05.

MARTIN. — De la salpingite tuberculeuse. Th. de Lyon, 1906.

VIOLET. — Annexite tuberculeuse fistuleuse de la paroi abdominale, ouverte dans la vessie. Castration totale, guérison. *Lyon Médical*, 1908, p. 312.

